



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

30 | 2011

KRACH SANITAIRE : la crise, à quel prix ?

Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration

Arnaud Veïsse



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1112>

ISBN : 978-2-918362-48-7

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 12 décembre 2011

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Arnaud Veïsse, « Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration », *Humanitaire* [En ligne], 30 | 2011, mis en ligne le 12 décembre 2011, consulté le 22 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1112>

Ce document a été généré automatiquement le 22 avril 2019.

© Tous droits réservés

Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration

Arnaud Veïsse

- 1 On retrouve un mouvement également paradoxal dans le champ de la protection des étrangers menacés de mort en cas de retour contraint dans leur pays d'origine. C'est en effet au plus fort de la crise du droit d'asile que le parlement va adopter le Droit au séjour des étrangers malades, le Dasem (Chevènement, 1998), en complément logique de la protection contre l'éloignement (Debré, 1997). C'est en 1981 que, pour la première année, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides a délivré moins de cartes de réfugiés qu'elle n'avait enregistré de demandes d'asile. Le nombre de statuts de réfugiés a ensuite progressivement diminué pour atteindre son niveau le plus bas, précisément entre 1996 et 1998. Comme pour la sécurité sociale et l'AME, ce glissement d'un droit « politique » vers un droit souvent présenté comme « humanitaire » ne tardera pas à montrer ses propres limites pour la protection effective des personnes concernées.
- 2 x Réfugiés et malades, les quotas de « l'humanitaire »
- 3 Dans son rapport annuel au parlement, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration regroupe en une même catégorie dénommée « humanitaire » les titres de séjour délivrés en application du droit d'asile (personnes reconnues réfugiées ou protégées à titre subsidiaire) et du droit au séjour pour raison médicale. Point commun de ces deux procédures – qui les différencie en effet des autres voies de régularisation : ce n'est pas au préfet, mais à un tiers, qu'il revient d'examiner si les critères de protection sont remplis (l'Ofpra pour les demandeurs d'asile, et le Médecin de l'Agence régionale de santé – MARS – pour les étrangers malades). Or dans les deux cas, l'évolution de l'application du droit témoigne de l'influence historique des politiques « d'immigration choisie », et ceci – jusqu'en 2011 – à « droit constant ».
- 4 Depuis 1997, le nombre de statuts de réfugiés oscille autour de 10 000 par an, soit deux fois moins qu'au cours des années 1970, dessinant en creux une politique de quotas face à la multiplication des réfugiés dans le monde. Une politique similaire est à l'œuvre en matière d'application du droit au séjour des étrangers malades depuis le début des années 2000. A la demande du ministère de l'Intérieur, la première charge est tirée par

l'Inspection générale de l'Administration dans un rapport sur l'Immigration remis en novembre 2002, qui présentait la régularisation des étrangers malades comme « la faille majeure du système ». Il s'en suivra la circulaire ministérielle du 19 décembre 2002 jetant le soupçon sur les médecins qui interviennent dans la procédure 2.

- 5 En décembre 2005, un avant-projet de loi prévoyait de limiter le droit au séjour des étrangers malades à la seule nécessité de « soins urgents et vitaux ». Cette limitation sera finalement écartée dans la loi Sarkozy de 2006. En 2007, contre l'avis des associations mais également du ministère de la Santé, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration décide la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » indiquant l'existence de traitements et recommandant aux MISP, en contradiction avec la loi, de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Elaborées par des médecins employés par les ministères de l'Immigration et des Affaires étrangères, ces fiches sont néanmoins utilisées par un certain nombre de MISP, pour des décisions préfectorales de refus.
- 6 Bien qu'officiuse, cette politique de quotas connaîtra une efficacité certaine, dont témoigne la baisse significative au cours des dernières années des taux d'accord pour les demandes de carte de séjour « étrangers malades » dans l'observation du Comede3. Proches de 100 % jusqu'en 2002, les taux d'accord chutent autour de deux accords sur trois pour les préfetures, et de un sur deux pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. Dans la mesure où, secret médical oblige, la quasi-totalité des décisions préfectorales respectent les avis médicaux, ces résultats sont significatifs de l'impact des débats politiques et militants contradictoires sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP. Dans le domaine politiquement plus « sensible » de la lutte contre le sida, cette évolution sera longtemps contenue pour les étrangers vivant avec le VIH par la publication des circulaires du 30 septembre 2005 et du 8 juin 2006 du ministère de la Santé, rappelant aux MISP, en accord avec la loi, la nécessité de privilégier la continuité des soins.
- 7 C'est dans ce contexte que le Conseil d'Etat est obligé, en avril 2010 4, de rappeler la lettre et l'esprit de la loi : la France ne peut pas renvoyer des étrangers malades dans leur pays sans vérifier qu'ils pourront effectivement s'y soigner. Et le simple fait que les traitements y soient disponibles ne suffit pas : les intéressés doivent pouvoir en bénéficier. C'est ce qu'avait prévu le législateur de 1997 et 1998, et ce qu'avait précisé le ministre de l'Intérieur en 19985. Ce rappel à la loi connaît un effet pervers : dans l'esprit de ses détracteurs, il faut décidément changer la loi « pour continuer de l'appliquer comme avant » expliquent les parlementaires à l'initiative de la dernière attaque en 2010. Selon le gouvernement et les parlementaires de la majorité, l'étranger malade résidant en France pourra désormais être renvoyé dans son pays d'origine dès lors que le « traitement y est disponible ». Peu importe qu'il ne le soit pas en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix, ou qu'aucun suivi médical ne soit possible.

Du contrôle médical au contrôle des médecins

- 8 Début 2011, alors même que le projet de loi est en cours d'examen par le Parlement, certains Médecins des nouvelles Agences régionales de santé (MARS) en anticipent l'application en s'opposant à la régularisation de personnes vivant avec le VIH et menacées de mort en cas de retour au pays d'origine, faute de pouvoir accéder aux soins nécessaires à leur état de santé. Alertées sur plusieurs situations individuelles, les

associations de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) doivent intervenir auprès du ministère de la Santé pour que celui-ci rappelle les MARS concernés à leurs obligations légales et déontologiques, et notamment à l'application des circulaires relatives à la protection des personnes atteintes du VIH ou d'hépatites virales chroniques avec l'instruction aux ARS du 29 juillet 2010. Dans le même temps, des recours ont été introduits auprès de la juridiction administrative, plus prompte depuis plusieurs années à reconnaître le droit au séjour des étrangers gravement malades que les préfectures.

- 9 Confrontés aux consignes contradictoires de la protection de la santé et de la lutte contre l'immigration, certains médecins développent des attitudes dangereusement ambivalentes. Amené à se prononcer en février 2011 sur la situation d'un ressortissant tunisien atteint d'hépatite C et privé de liberté dans un centre de rétention administrative en vue d'être expulsé du territoire, un MARS transmet à la préfecture un avis dans lequel il écrit que l'état de santé du demandeur « est compatible avec un éloignement vers son pays d'origine », tout en précisant qu'il « ne peut avoir accès dans son pays d'origine au traitement approprié », mais que « le traitement semble disponible ». Le Nota Bene est exemplaire de l'ambiguïté du médecin concerné sur son rôle : « En cas de décision de retour vers son pays d'origine, il conviendra de prendre des mesures visant à ne pas interrompre le traitement, le temps d'organiser la prise en charge dans le pays de destination. »
- 10 Cet avis médical sera interprété par la préfecture et le ministère de l'Intérieur comme défavorable à la protection, et logiquement suivi de la mise en œuvre d'une mesure de reconduite à la frontière. Refusant de prendre l'avion, le malade est ramené au centre de rétention où le service médical et l'association présente vont alerter les partenaires associatifs, l'intervention du ministère de la Santé conduisant in fine le ministère de l'Intérieur à régulariser la situation de la personne.
- 11 Si certains médecins développent des comportements qui relèvent davantage du contrôle de l'immigration, plus nombreux sont ceux qui restent fidèles à leurs engagements pour la protection de la santé des étrangers malades, dans le respect de la déontologie médicale⁶. Dès lors, ils se trouvent en butte à des mesures de contrôle et de sanction croissante de la part du ministère de l'Intérieur. Les préfectures refusent ainsi de plus en plus souvent d'examiner les demandes de régularisation si le « rapport médical » prévu par la réglementation n'émane pas d'un « médecin agréé ou un praticien hospitalier »⁷. Dans le même temps, plusieurs médecins voient leur agrément supprimé dans un contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales⁸. Dans un arrêt du 24 février 2011⁹, suite à la suppression de l'agrément de deux psychiatres par la préfecture du Puy-de-Dôme, la Cour administrative d'appel de Lyon confirme le caractère de contrôle médical dévolu par la réglementation aux médecins agréés, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers.
- 12 L'évolution vers le contrôle médical s'avère indissociable du contrôle des médecins au service de la « maîtrise de l'immigration ». Face à cette situation, les mouvements de protestation s'organisent et se renforcent au cours des dernières années. Fin 2007, le Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique en appelle au soutien de leur ministre de tutelle, la Santé : « [Ces pressions] s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »¹⁰. En 2008, le Comede lance une pétition de médecins intitulée « La déontologie médicale est universelle, elle s'applique aussi pour les malades

étrangers ». Elle sera signée en un mois par plus de 500 médecins intervenant auprès des étrangers malades.

- 13 Fin 2010, de nombreux médecins et sociétés savantes se sont mobilisés pour défendre le droit au séjour des étrangers malades, ceci pour des raisons qui tiennent à la fois à la protection de la santé individuelle, à la santé publique et au coût économique qu'engendrerait le retard aux soins pour des personnes atteintes de maladie grave. Malgré cette mobilisation qui se sera poursuivie tout au long du premier semestre 2011¹¹, la loi finalement adoptée inclut non seulement la modification incriminée des termes de la protection des étrangers malades, mais l'assortit en outre d'un nouveau volet « humanitaire », appréciée par « l'autorité administrative »¹².
- 14 Les médecins pourront-ils continuer à exercer leur mission de protection de la santé et de la continuité des soins dans le cadre d'une telle réforme ? Ce sera difficile : le ministère de l'Intérieur a publié sa circulaire d'application le jour même de la promulgation de la loi, donnant incidemment ses propres recommandations aux médecins concernant les étrangers vivant avec le VIH. En dépit des engagements publics pris devant les associations à l'été 2011, il aura fallu attendre cinq mois pour que le ministère de la Santé diffuse enfin ses propres instructions aux Médecins des agences régionales de santé¹³.

NOTES

1. Comede, Rapport d'activité et d'observation 2010, pp. 13 et s., <http://www.comede.org>
2. Face aux protestations des associations et des Médecins inspecteurs de santé publique – MISp –, cette circulaire sera rectifiée à la marge par une circulaire du 12 janvier 2003.
3. Comede, Rapport d'activité et d'observation 2009, pages 32 et s., <http://www.comede.org>
4. CE, 7 avril 2010, n° 301640 et n° 316625, publiés au recueil Lebon
5. Circulaire NOR INT D 98 00108 C du 12 mai 1998 prise pour l'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile
6. Art 47 et 50 du Code de déontologie médicale
7. Ces refus s'appuient sur l'exigence d'appliquer de manière nouvellement restrictive un arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades.
8. Asensi H., Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades, Maux d'exil, n°25, décembre 2008, <http://www.comede.org>
9. CAA Lyon, 24 février 2011, N°09LY01009.
10. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, www.smisp.fr
11. Observatoire du droit à la santé des étrangers, <http://www.comede.org>
12. La carte de séjour et la protection contre l'éloignement s'adresse désormais « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative (...) »

13. Instruction DGS du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

RÉSUMÉS

Les années 1990 auront vu à la fois la progression de l'accès aux soins « pour tous », avec les réformes de l'Aide médicale de 1992 et la Couverture maladie universelle de 1999, et la restriction de l'accès à une protection maladie pour les étrangers « sans-papiers », exclus de la Sécurité sociale en 1993 puis de la CMU en 1998. Alors qu'ils partageaient jusque là les difficultés d'accès aux soins de l'ensemble des personnes démunies – incluant les Français et étrangers en situation de séjour stable –, les étrangers en séjour précaire, soit près d'1 million de personnes en France¹, doivent depuis lors composer selon les périodes avec un régime « à part » : l'Aide médicale Etat. Les années 2000 ont confirmé le risque d'une telle stigmatisation avec les restrictions de l'AME de 2002, 2003 et 2010 en lois de finances.

INDEX

Mots-clés : Accès aux soins, Aide Médicale Etat (AME), Couverture maladie universelle (CMU), Politique de santé, Protection sociale, Santé, Santé publique

Index géographique : France

AUTEUR

ARNAUD VEÏSSE

Arnaud Veïsse est directeur du Comede, Comité médical des exilés.